Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin
(DEGAM)

11. Februar 2026

Digitale Ersteinschätzung – wirksam und sicher nur im hausärztlichen geleiteten Primärversorgungssystem

Verbindliche Steuerung – patientenzentriert, kollaborativ, hausärztlich geleitet

Executive Summary

Digitale Ersteinschätzung bei akuten Beratungsanlässen kann Versorgungsprozesse strukturieren, Dringlichkeit einschätzen und Hinweise auf geeignete Versorgungsebenen geben. In Deutschland wird sie derzeit als zentraler Baustein eines künftigen Steuerungssystems diskutiert, häufig in Verbindung mit der Rufnummer 116 117, strukturierten Verfahren und direkter Terminvermittlung. Dabei ist eine klare medizinische Differenzierung zwischen Notfällen, dringlichen akuten Beschwerden und nicht dringlichen bzw. subakuten Anliegen erforderlich, da insbesondere an den Übergängen ein hohes Risiko von Fehlsteuerung besteht.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine digitale und telefonische Ersteinschätzung (Remote Triage) nur dann wirksam ist, wenn sie klinische Entscheidungen qualifizierter Gesundheitsberufe unterstützt und außerdem in klar definierte Prozesse mit eindeutiger medizinischer Verantwortlichkeit eingebettet ist. Ohne diese Einbettung besteht das Risiko zusätzlicher Inanspruchnahme, ineffizienter Steuerung und einer Verschärfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zudem birgt die digitale Ersteinschätzung das Risiko, bestehende Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung zu verstärken; insbesondere ältere, multimorbide oder kommunikativ eingeschränkte Menschen können digitale Zugangswege häufig nicht gleichwertig nutzen. Bei komplexen bio-psycho-sozialen Problemlagen ist zudem die Einordnung von Symptomen in den Gesamtzusammenhang entscheidend und erfordert ärztliche Verantwortung sowie die Kenntnis des individuellen Patienten-Kontextes (1-3).

Die DEGAM spricht sich daher klar dafür aus, digitale Ersteinschätzung ausschließlich als Bestandteil eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems bzw. ergänzend ärztlich verantworteter notfallmedizinischer Strukturen einzusetzen. Digitale Instrumente dürfen keine autonomen Versorgungsentscheidungen treffen, sondern müssen die ärztliche Entscheidungsfindung unterstützen und in verbindliche Prozesse zur Terminvergabe, fallabschließenden Versorgung oder qualifizierten Überweisung integriert sein.

Voraussetzung für einen patientenzentrierten Nutzen sind leitlinienbasierte Versorgungspfade, eine berufsgruppenübergreifend nutzbare digitale Dokumentation mit perspektivischer Integration in die elektronische Patientenakte sowie verbindliche Qualitätsstandards mit transparentem Monitoring. Die Einführung sollte schrittweise erfolgen und nur bei nachgewiesener Funktionalität, Sicherheit und bedarfsgerechtem Zugang skaliert werden.

Hintergrund und Ausgangslage

Digitale Ersteinschätzung bei akuten Behandlungsanlässen kann die Strukturierung von Versorgungsprozessen unterstützen, Dringlichkeit einschätzen und potenziell passende Versorgungsorte vorschlagen. In Deutschland wird sie derzeit als Kernbaustein eines künftigen Steuerungssystems diskutiert, häufig in Verbindung mit der 116 117 und strukturierten Verfahren (z. B. SmED), teilweise auch mit direkter Terminvermittlung.

In der Diskussion um den Begriff „akut" sind zu unterscheiden: **medizinische Notfälle** mit potenzieller Lebensbedrohung, die eine unmittelbare Versorgung über Rettungsdienst und Notaufnahme (112) erfordern, **dringliche akute Beschwerden („urgent care")**, bei denen eine zeitnahe ärztliche Abklärung notwendig ist, sowie **akute, aber nicht dringliche bzw. subakute Anliegen**, die in der Regel primärärztlich versorgt oder innerhalb weniger Tage abgeklärt werden können. Die Diskussion muss für diese Kategorien differenziert geführt werden. Gerade an den Übergängen zwischen den Kategorien besteht ein hohes Risiko von Fehlsteuerung, weshalb eine qualitätsgesicherte Dringlichkeitseinschätzung mit klarer medizinischer Verantwortlichkeit zentral ist.

Internationale Erfahrungen mit telefonischer und/oder digitale Ersteinschätzung (Remote Triage) zeigen, dass Nutzen vor allem dort entsteht, wo sie klinische Entscheidungen qualifizierter Ärzt:innen oder anderer Gesundheitsberufe unterstützen und in klar definierte Prozesse eingebettet sind.

In Großbritannien wurde mit NHS 111 ein nationaler telefonischer Triage- und Navigationsdienst etabliert. Evaluationen zeigten keine konsistente Entlastung der Notaufnahmen, sondern Verschiebungen zwischen Versorgungskanälen sowie Hinweise auf zusätzliche Inanspruchnahme einzelner Angebote (4). Die Einführung von NHS 111 Online führte ebenfalls nur zu begrenzten Effekten auf die Systemlast und war mit geringerer Nutzerzufriedenheit sowie einer höheren Empfehlung dringlicher Versorgungsangebote assoziiert (5). In Schweden besteht mit 1177 Vårdguiden seit vielen Jahren eine nationale telefonische und digitale Beratungs- und Triage-Struktur, die als integraler Bestandteil der Versorgungskette etabliert ist. Der Nutzen wird wesentlich durch die Kombination aus qualifizierter Beratung, klaren Verantwortlichkeiten und kontinuierlicher Qualitätssicherung erreicht. In Dänemark fungiert mit der medizinischen Helpline 1813 in mehreren Regionen eine telefonische, digital unterstützte einheitliche Anlaufstelle für akute, nicht lebensbedrohliche Beschwerden; Studien zeigen insbesondere bei älteren Anrufenden komplexe Triagemuster und einen hohen Bedarf an klinischer Rückkopplung (6,7).

Übergreifend weist die internationale Evidenz darauf hin, dass digitale oder telefonische Ersteinschätzung (Remote Triage) ohne klare Governance-Strukturen, definierte Zuständigkeiten und kontinuierliches Monitoring das Risiko von Über-, Unter- und Fehlversorgung erhöhen kann (3,8,9). Dies gilt insbesondere für algorithmusbasierte Verfahren, die aus Sicherheitsgründen häufig „defensiv" ausgelegt sind und bei bestimmten Symptomangaben potenziell gefährliche Verläufe priorisieren, ohne den individuellen Kontext ausreichend berücksichtigen zu können.

Forschung zur sogenannten „digital candidacy" zeigt, dass digital affine, jüngere und sozial besser gestellte Menschen digitale Zugangs- und Triagesysteme gezielt nutzen und navigieren können, während andere Gruppen, z.B. ältere Menschen, Personen mit chronischen Erkrankungen, kognitiven Einschränkungen oder Sprachbarrieren strukturell benachteiligt sind (10). Digitale Ersteinschätzung birgt damit das Risiko, bestehende Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung zu verstärken, wenn sie nicht in ein ärztlich verantwortetes Steuerungssystem eingebettet ist.

Hinzu kommt, dass gerade bei medizinischen Entscheidungen die Einordnung von Symptomen in den Gesamtzusammenhang entscheidend ist. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Multimorbidität, Polymedikation und komplexen bio-psycho-sozialen Problemlagen.

Zentrale Positionen

1. Digitale Ersteinschätzung trifft keine autonome Versorgungsentscheidung, sondern wird durch geregelte Prozesse und Verantwortlichkeiten wirksam

Jede digitale Ersteinschätzung in Notfall – und Regelversorgung braucht die Einbettung in eine definierte ärztliche Verantwortungsstruktur. Algorithmen können wichtige Kontextinformationen (Multimorbidität, Polymedikation, soziale Lage, kognitive Einschränkungen) nicht zuverlässig erkennen und einbeziehen. Eine digitale Ersteinschätzung kann keine isolierte Lösung für eine Steuerung im Gesundheitssystem sein – das würde die vorhandene Über-, Unter- und Fehlversorgung weiterbefördern. Ohne Verknüpfung mit Terminvermittlung in hausärztliche Versorgung, qualifizierte Überweisung, Rückmeldung relevanter Informationen und eine für alle Beteiligten zugängliche Dokumentation entstehen Mehrfachkontakte und weitere Fragmentierung. Verunsicherung der Patientinnen und Patienten sind die Folge. Nutzen entsteht nur, wenn die Ersteinschätzung integriert ist in (haus)ärztliche Entscheidungen und geregelte Prozesse.

2. Dringlichkeit muss systematisch in die Terminvergabe übersetzt werden

Ein Kernversprechen der digitalen Ersteinschätzung ist eine Verkürzung von Wartezeiten. Das erfordert eine angemessene und nachvollziehbare Dringlichkeitslogik und Transparenz auf der Basis leitliniengerechter Kriterien und Qualitätsmonitoring (z. B. Fehl-/Untertriage, Wiederholungskontakte, Sicherheitsereignisse) sowie einen Schutz vor Manipulation.

3. Digitale Ersteinschätzung darf nicht zu Ungerechtigkeit im Zugang führen

Menschen, die aufgrund ihres Alters, ihrer Erkrankungen, ihrer Sprachkenntnisse oder ihrer sozialen Situation nicht mit einer digitalen Ersteinschätzung umgehen können, brauchen alternative Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung. Zudem muss die digitale Ersteinschätzung robust gegenüber Manipulationen sein. Beides kann nur durch eine Einbettung in eine ärztliche Verantwortungsstruktur gesichert werden.

4. Patientennutzen entsteht, wenn digitale Ersteinschätzung schnell und adäquat wirkt

Viele akute und subakute Anliegen in Notfall- und Regelversorgung können nach strukturierter digitaler Einschätzung mit hausärztlicher Rückkopplung in der primärversorgenden Praxis abgeschlossen werden.

5. Technik folgt Prozessdesign – und Leitlinien und Konsens stehen am Anfang

Internationale Erfahrungen zeigen: Technische Umsetzung allein löst keine Probleme. Engpässe entstehen durch unklare Verantwortlichkeiten, fehlendes gemeinsames Prozessverständnis und Interessenkonflikte. Daher müssen zunächst Versorgungspfade gemeinsam evidenzbasiert definiert und konsentiert werden – dann schafft die technische Umsetzung im Dialog zwischen den Verantwortlichen die Basis für echte Lösungen (11).

Die DEGAM fordert:

1. Digitale Ersteinschätzung – ja, als Bestandteil eines hausärztlich geleiteten, steuernden Primärversorgungssystems

Die steuernde Einheit (hausärztliche Primärversorgungspraxis oder in Notfallsituationen ergänzend ärztlich verantwortete notfallmedizinische Strukturen) trägt die medizinische Verantwortung (inkl. Haftungs-/Qualitätssicherung), priorisiert und schließt Fälle ab – digital unterstützt und mit ärztlicher

Kompetenz verantwortet.

2. Leitlinienbasierte Versorgungspfade sind die Basis

Die Entwicklung der Versorgungspfade erfolgt leitlinienbasiert unter ärztlicher Verantwortung. Interprofessionelle Perspektiven sind zu berücksichtigen, um nichtärztliche Berufsgruppen in Versorgungsentscheidungen einzubinden. Berücksichtigt wird der gesamte Verlauf: Ersteinschätzung, Terminvergabe/ Überweisung, Befund, einsehbare Dokumentation für alle Beteiligten.

3. Digitale Dokumentation ist Voraussetzung

Wirksame digitale Ersteinschätzung braucht strukturierte und für alle Beteiligten zugängliche Dokumentation mit berufsgruppenübergreifender Nutzung in einer funktionierenden elektronischen Patientenakte (ePA) bzw. interoperablen Dokumentationssystemen mit perspektivischer ePA-Integration. Ohne Verknüpfung mit Terminvermittlung in die hausärztliche Versorgung mit qualifizierter Überweisung und Rückmeldung relevanter Informationen erhöht die digitale Ersteinschätzung die Komplexität. Mehrfachkontakte mit Verunsicherung der Patienten sind die Folge. Nutzen entsteht nur, wenn die Ersteinschätzung integriert ist in (haus)ärztliche Entscheidungen und geregelte Prozesse.

4. Verbindliche Qualitätsstandards, Monitoring und evidenzbasierte Skalierung

Digitale Ersteinschätzung erfordert verbindlich festgelegte Standards und Qualitätsindikatoren für Dringlichkeitseinschätzung und Terminvergabe (z. B. Unter-/Übertriage, Wiederkontakt-Raten, Zeit-bis-Termin nach Dringlichkeit) sowie ein transparentes Monitoring mit klaren Rückkopplungs- und Anpassungsmechanismen. Die Einführung soll schrittweise über Pilotregionen erfolgen; eine flächendeckende Umsetzung darf erst erfolgen, wenn im Routinebetrieb Funktionalität, Sicherheit und ein bedarfsgerechter Zugang ohne systematische Benachteiligung vulnerabler Gruppen sichergestellt sind, mit verbindlichen Kriterien für Fortführung oder Nachsteuerung.

Literatur

1. Abtahi F, Seoane F, Pau I, Vega-Barbas M. Data Poisoning Vulnerabilities Across Health Care Artificial Intelligence Architectures: Analytical Security Framework and Defense Strategies. J Med Internet Res. 2026;28:e87969. doi: 10.2196/87969.

2. de Aguiar EJ, Traina C Jr, Traina AJM. Security and Privacy in Machine Learning for Health Systems: Strategies and Challenges. Yearb Med Inform. 2023;32:269-281. doi: 10.1055/s-0043-1768731.

3. Payne R, Clarke A, Swann N, van Dael J, Brenman N et al. Patient safety in remote primary care encounters: multimethod qualitative study combining Safety I and Safety II analysis. BMJ Qual Saf. 2024;33:573-586. doi: 10.1136/bmjqs-2023-016674.

4. Turner J, O'Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. BMJ Open. 2013 Nov 14;3(11):e003451. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003451.

5. Simpson RM, Jacques RM, Nicholl J, et al Measuring the impact introducing NHS 111 online had on the NHS 111 telephone service and the wider NHS urgent care system: an observational studyBMJ Open 2022;12:e058964. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058964

6. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. Scand J Prim Health Care. 2011 Dec;29(4):198-209. doi: 10.3109/02813432.2011.629150.

7. Johansen SM, Folke F, Hindhede AL, Hasselbalch RB, Iversen K, Møller T. Characteristics and triage in older citizens calling a semi-acute medical helpline in Denmark: a prospective cohort study. BMC Health Serv Res. 2025;25:698. doi: 10.1186/s12913-025-12773-y.

8. Lammila-Escalera E, Greenfield G, Aldakhil R, Mak H, Sehgal H, Neves A, Harmon M, Majeed A, Hayhoe B. Safety and Efficacy of Digital Check-in and Triage Kiosks in Emergency Departments: Systematic Review. J Med Internet Res 2025;27:e69528 DOI: 10.2196/69528

9. Rushton S, Boggan JC, Lewinski AA, Gordon AM, Shoup JP, Van Voorhees E, Whited JD, Alishahi Tabriz A, Adam S, Fulton J, Kosinski AS, Van Noord MG, Williams JW Jr, Goldstein KM, Gierisch JM. Effectiveness of Remote Triage: A Systematic Review. Washington, DC: Evidence Synthesis Program, Health Services Research and Development Service, Office of Research and Development, Department of Veterans Affairs. VA ESP Project #09-010; 2019. Available at: https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/reports.cfm.

10. Dakin FH, Rybczynska-Bunt S, Rosen R, Clarke A, Greenhalgh T. Access and triage in contemporary general practice: A novel theory of digital candidacy. Soc Sci Med. 2024 May;349:116885. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.116885.

11. OECD Health Policy Studies 2019. Health for Everyone? SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH AND HEALTH SYSTEMS. Health for Everyone? (EN)

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de

Stand: 11. Februar 2026